

ЗАТВЕРДЖЕНО

Голова Правління

**Приватного акціонерного товариства
«Українська аграрно – страхова компанія»**



Іщук О.П.

«27» травня 2020 року

**ПРАВИЛА
ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ
(БЕЗПЕРЕРВНЕ СТРАХУВАННЯ ЗДОРОВ'Я)
(нова редакція)**

ЗМІСТ

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ.....	3
2. ОСНОВНІ ТЕРМІНИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ.....	3
3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.....	8
4. СТРАХОВІ РИЗИКИ ТА СТРАХОВІ ВИПАДКИ	8
5. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ	9
6. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ ТА РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ. ФРАНШИЗА	14
7. СТРАХОВІ ТАРИФИ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ	15
8. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ	15
9. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.....	16
10. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.....	17
11. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ	21
12. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ	22
13. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕНЬ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ В ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ.	23
14. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.	27
15. НЕДІЙСНІСТЬ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.....	28
16. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ	28
17. ОСОБЛИВІ УМОВИ.....	29
Додаток № 1 БАЗОВІ ПРОГРАМИ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ.....	30
Додаток № 2 БАЗОВІ СТРАХОВІ ТАРИФИ	33

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.1. Правила добровільного медичного страхування (надалі – Правила) розроблені Приватним акціонерним товариством «Українська аграрно – страхова компанія» (надалі - Страховик) на підставі Закону України «Про страхування» та інших актів законодавства, що діють на території України.

1.2. У відповідності з законодавством України та на підставі цих Правил, Страховик укладає договори добровільного медичного страхування (безперервного страхування здоров'я) (надалі – Договори страхування) з юридичними та дієздатними фізичними особами (надалі – Страхувальники), в тому числі які здійснюють підприємницьку діяльність, за умовами яких Страховик гарантує Страхувальникам при настанні страхових випадків проведення виплати страхової суми (її частини) шляхом оплати вартості медичної допомоги (послуг) певного переліку та якості згідно з програмами медичного страхування Страховика (надалі – програми страхування), що наведені у Додатку №1 до цих Правил, та згідно з Договором страхування.

1.3. Дані Правила регулюють загальні умови та порядок укладення Договору страхування. За згодою Сторін у Договір страхування можуть бути включені додаткові умови, що не суперечать законодавству України та цим Правилам.

1.4. Страхувальники можуть укладати зі Страховиком Договори медичного страхування третіх осіб (надалі – Застраховані особи) лише за їх згодою, крім випадків, передбачених законодавством України. Застраховані особи можуть набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування.

Страхувальник може укласти Договір про власне медичне страхування. В даному випадку він одночасно є і Застрахованою особою.

1.5. В період дії Договору страхування до настання страхового випадку Страхувальник має право змінити Застраховану особу. Застрахована особа, яка визначена в Договорі страхування, може бути замінена Страхувальником на іншу особу лише за письмовою згодою Страховика. При цьому Страховик у разі збільшення страхового ризику має право вимагати доплати до страхового внеску, якщо інше не передбачено Договором страхування.

1.6. Договір страхування, укладений відносно однієї Застрахованої особи або декількох Застрахованих осіб, які перебувають у родинному зв'язку, є договором індивідуального страхування.

1.7. Договір страхування, укладений відносно декількох Застрахованих осіб, є договором колективного страхування. Договір страхування вважається колективним за умови, що Застраховані особи мають спільного роботодавця або об'єднані іншим спільним інтересом.

1.8. У випадку укладення Договору страхування щодо колективу працівників Страхувальника або групи осіб, Договір страхування укладається Страхувальником – юридичною особою, незалежно від форми власності та господарювання, про страхування фізичних осіб, які є його працівниками або членами родини цих працівників. До Договору страхування додається список Застрахованих осіб та інформація, що необхідна Страховику для оцінки ризику.

2. ОСНОВНІ ТЕРМІНИ ТА ВИЗНАЧЕННЯ

Поняття та вирази, що використовуються в цих Правилах, мають такі значення:

2.1. **Страховик** – Приватне акціонерне товариство «Українська аграрно – страхова компанія».

2.2. **Страхувальник** – юридична особа або дієздатна фізична особа, у тому числі фізична особа-підприємець, резидент або нерезидент України, яка уклала зі Страховиком Договір страхування.

2.3. **Застрахована особа** – фізична особа, майнові інтереси, пов'язані з життям, здоров'ям і працездатністю якої є предметом Договору страхування, на користь якої

укладено Договір страхування та яка може набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з умовами Договору страхування.

2.4. **Вигодонабувач** – фізична або юридична особа, що призначена у Договорі страхування за згодою Страхувальника/Застрахованої особи для отримання страхових виплат. За Договором страхування Вигодонабувачем може бути:

2.4.1. Застрахована особа, у разі оплати Застрахованою особою медичних послуг самостійно;

2.4.2. Будь-яка фізична особа, вказана у розпорядженні про призначення Вигодонабувача – у разі сплати Застрахованою особою послуг самостійно;

2.4.3. Батьки/опікуни неповнолітньої Застрахованої особи.

2.5. **Асистанс/Асистуюча компанія** – юридична особа або фізична особа-підприємець, яка може діяти від імені та за дорученням Страховика і координувати дії Страхувальника/Застрахованої особи та осіб, які надають послуги Страхувальникові /Застрахованій особі, у разі настання певних подій (страхових випадків), передбачених Договором страхування, а також може організовувати, контролювати, оплачувати вартість надання таких послуг та виконувати інші дії від імені та за дорученням Страховика.

2.6. **Анкета/Декларація про стан здоров'я** – письмова заява, яка подається Страхувальником або Застрахованою особою під час укладання Договору страхування, та містить інформацію про стан здоров'я Застрахованої особи, з метою визначення ступеня страхового ризику та прийняття Страховиком рішення щодо укладення Договору страхування.

2.7. **Стан здоров'я** – характеристика фізичного та/або психічного стану здоров'я Страхувальника/Застрахованої особи, яка підтверджується медичною документацією.

2.8. **Погіршення стану здоров'я (невідкладний стан)** – раптове погіршення фізичного або психічного здоров'я, яке становить пряму та невідворотну загрозу життю та здоров'ю пацієнта або оточуючих його людей і виникає внаслідок хвороби, травми, отруєння або інших внутрішніх чи зовнішніх причин.

2.9. **Програма медичного страхування** – перелік лікувально-діагностичних, профілактичних, медико-транспортних та інших послуг медичного призначення певного обсягу та якості, які обрані Страхувальником/Застрахованою особою при укладенні Договору страхування та надаються їй на підставі цього Договору страхування. Договір страхування за бажанням Страхувальника/Застрахованої особи може включати одну або декілька програм страхування, може передбачати зміни з урахуванням індивідуальних побажань Страхувальника, та/або індивідуальну програму страхування для конкретної Застрахованої особи.

2.10. **Амбулаторія (поліклініка)** – заклад охорони здоров'я, який надає амбулаторно-поліклінічну медичну допомогу (поліклінічну допомогу) пацієнтам, стан яких не потребує цілодобового перебування в медичному закладі, з однієї або декількох основних лікарських спеціальностей.

2.11. **Амбулаторно-поліклінічна медична допомога (поліклінічна допомога)** – організована та регулярна медична допомога (послуга), що надається пацієнту в умовах поліклініки.

2.12. **Фармацевтична установа** – установа, яка забезпечує Застраховану особу або медичну устанovu медикаментами та матеріалами, що необхідні для надання медичної допомоги (послуг), передбаченої Договором страхування.

2.13. **Договір страхування** – це письмова угода між Страхувальником і Страховиком, згідно з якою Страховик бере на себе зобов'язання у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату Страхувальнику або іншій особі, визначеній у Договорі страхування Страхувальником, на користь якої укладено Договір страхування, а Страхувальник зобов'язується сплачувати страхові платежі у визначені строки та виконувати інші умови Договору страхування.

2.14. **Хронічне захворювання** – захворювання (хвороба), з первинним перебігом

більше 6 (шести) місяців або періодами загострень частіше 3 (трьох) разів на рік та (або) виявленими стійкими (такими, що не зникають впродовж періоду ремісії) морфологічними змінами та функціональними розладами тканин та органів. Хронічні захворювання поділяють на зворотні та незворотні:

2.14.1. зворотне хронічне захворювання – захворювання, яке можливо повністю вилікувати із застосуванням сучасних медичних технологій, доступних в Україні. При цьому, ускладнення захворювання не обов'язково ліквідуються.

2.14.2. незворотне хронічне захворювання – захворювання, яке не можливо повністю вилікувати із застосуванням сучасних медичних технологій, доступних в Україні. Медичні послуги, що надаються при незворотному хронічному захворюванні, спрямовані на обмеження прогресування захворювання та попередження виникнення загострень захворювання та ускладнень захворювання.

2.15. **Захворювання** – діагностоване лікарем порушення життєдіяльності організму Застрахованої особи, зумовлене функціональними та / або морфологічними змінами.

2.16. **Гостре захворювання** – раптове, непередбачуване порушення життєдіяльності організму, що призвело до погіршення здоров'я Застрахованої особи, та яке у випадку ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу її здоров'я або загрожувати її життю. Тривалість гострого захворювання не може перевищувати 6 (шість) місяців.

2.17. **Загострення хронічного захворювання** – період перебігу хронічного захворювання (хвороби), впродовж якого присутні суб'єктивні скарги та об'єктивні клінічні прояви хвороби, що потребують медикаментозного та іншого лікування до повернення у період ремісії (визначається лікарем), що у випадку ненадання/несвочасного надання медичної допомоги (послуг) може призвести до тривалого розладу здоров'я пацієнта або загрожувати його життю та вимагає негайної медичної допомоги.

2.18. **Фаза ремісії** – період тимчасового поліпшення стану пацієнта, яке проявляється в уповільненні або припиненні прогресування хвороби, частковому чи зворотному розвитку, повному зникненні клінічних проявів патологічного процесу.

2.19. **Стаціонарна медична допомога (послуга)** – медична допомога (послуга), що надається пацієнту, при умові його безперервного перебування в стаціонарі, ЛПЗ, протягом строку, який перевищує 24 години

2.20. **ЛПЗ (лікувально – профілактичний заклад)** – підприємство, установа або організація, завданням якої є забезпечення різноманітних потреб населення у галузі охорони здоров'я шляхом надання медико-санітарної допомоги, включаючи широкий спектр профілактичних заходів або послуг медичного характеру, а також виконання інших функцій на основі професійної діяльності медичного персоналу. ЛПЗ є лікарні для надання стаціонарної медичної допомоги хворим, диспансери, що надають медичну допомогу населенню з певних груп захворювань та забезпечують диспансеризацію населення, інші визначені законодавством України заклади охорони здоров'я.

2.21. **Медикаментозне забезпечення (лікування)** – забезпечення Страховика/Застрахованої особи медикаментами та товарами медичного призначення.

2.22. **Медична допомога (послуга)** – комплекс спеціальних заходів, спрямованих на сприяння поліпшення здоров'я, запобігання захворюванням та інвалідності, на ранню діагностику, допомогу особам з травмами, гострими і хронічними захворюваннями, лікування пацієнтів у стані, що на момент її надання загрожує життю, здоров'ю і працездатності особи, а також спрямованих на реабілітацію хворих та інвалідів.

2.22.1. **Медична допомога** включає наступні види допомоги:

- 1) екстрена;
- 2) первинна;
- 3) вторинна (спеціалізована);

4) третинна (високоспеціалізована);

5) паліативна допомога.

2.22.2. **Медичні послуги** включають консультації спеціалістів, діагностичні, лікувальні та профілактичні процедури, що надаються із залученням медичного персоналу ЛПЗ або Страховика (Асистанса), зокрема, але не обмежуючись:

1) огляд та консультація фахівців;

2) проведення лабораторних та інструментальних методів дослідження;

3) виконання медичних процедур та маніпуляцій;

4) проведення оперативного втручання;

5) готельні послуги під час лікування в ЛПЗ (харчування, вартість утримання 1 ліжка, комунальні послуги тощо);

б) використання спеціалізованого санітарного транспорту.

2.23. **Медична установа** – заклад охорони здоров'я, який згідно з законодавством України має право надавати медико-санітарну допомогу, включаючи широкий спектр профілактичних і лікувальних заходів або послуг медичного характеру, з метою забезпечення потреб населення в галузі охорони здоров'я та виконання інших функцій, відповідно до професійної діяльності медичного персоналу.

2.24. **Невідкладна медична допомога** – медична допомога, яка полягає у здійсненні працівниками системи екстреної медичної допомоги невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування і збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я. Невідкладна медична допомога полягає у виїзді бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги до Застрахованої особи, яка перебуває у невідкладному стані, та, якщо у її стані виникли раптові ускладнення, які не можуть бути усунуті медичними працівниками цієї бригади, у перевезенні цієї Застрахованої особи до найближчого закладу охорони здоров'я.

2.25. **Парамедична послуга** – дія, спрямована на покращення сервісного обслуговування Застрахованої особи під час надання їй медичної допомоги (послуг).

2.26. **Стоматологічна допомога** – це самостійний вид медичної допомоги, що надається за видами лікувально-профілактичної допомоги, до якої входять стоматологічна терапевтична, стоматологічна хірургічна, стоматологічна ортопедична (ортодонтична) допомога. Стоматологічна допомога може передбачати прийоми, консультації спеціалістів, функціональну діагностику, фізіотерапію, анестезіологічні маніпуляції, але не обмежується переліченими послугами. Стоматологічна допомога поділяється на:

2.26.1. **Невідкладна стоматологічна допомога** – надання медичних послуг при раптовому захворюванні зубів та прилеглих анатомічних структур, спрямоване на сповільнення патологічного процесу або на його радикальне усунення, без подальшого відновлювального лікування.

2.26.2. **Планова стоматологічна допомога** – надання медичних послуг, спрямованих на попередження розвитку або прогресування захворювання зубів та прилеглих анатомічних структур (профілактичні огляди, зняття зубного каменю, герметизація фісур, встановлення планових пломб, видалення зуба тощо).

2.27. **Ліміт відповідальності** – встановлений у Договорі страхування граничний розмір страхових виплат по одному з ризиків або їхньої сукупності, при досягненні якого Договір страхування припиняє свою дію в цілому або відносно страхових ризиків, відповідно до яких здійснювалися страхові виплати. Ліміт відповідальності може бути виражений у грошових одиницях (грошовий ліміт), кількості послуг або в інших обмеженнях (квотний ліміт). Ліміт відповідальності може бути:

2.27.1. ліміт відповідальності агрегатний (сумарний) – встановлений у Договорі страхування граничний розмір страхових виплат по всім Застрахованим особам, які підпадають під дію ліміту відповідальності відповідно до одного загального Договору страхування;

2.27.2. ліміт відповідальності індивідуальний – встановлений у Договорі страхування граничний розмір страхових виплат індивідуально по кожній Застрахованій особі, яка входить до списку загального Договору страхування.

2.28. **Період відстрочки** – це певний період у часі від моменту початку дії Договору страхування, протягом якого Страховик не несе відповідальності за випадками, що сталися зі Страхувальником/Застрахованою особою. Тривалість періоду відстрочки зазначається у Договорі страхування

2.29. **Страховий випадок** – подія, передбачена Договором страхування або законодавством України, яка відбулася і з настанням якої виникає обов'язок Страховика здійснити виплату страхової суми (страхового відшкодування) Страхувальнику, Застрахованій або іншій третій особі.

2.30. **Страхова виплата** – грошова сума, яка виплачується Страховиком відповідно до умов Договору страхування при настанні страхового випадку.

2.31. **Страховий платіж (страховий внесок, страхова премія)** – плата за страхування, яку Страхувальник зобов'язаний внести Страховику згідно з Договором страхування.

2.32. **Страхова сума** – грошова сума, в межах якої Страховик відповідно до умов страхування зобов'язаний провести виплату при настанні страхового випадку.

2.33. **Страховий тариф** – ставка страхового внеску з одиниці страхової суми за визначений період страхування.

2.34. **Страховий ризик** – певна подія, на випадок якої проводиться страхування і яка має ознаки ймовірності та випадковості настання.

2.35. **Строк страхування** – строк, встановлений у Договорі страхування, за який Страхувальник сплачує страховий платіж і протягом якого Страховик здійснює страховий захист та несе обов'язок у разі настання страхового випадку здійснити страхову виплату згідно з умовами Договору страхування.

2.36. **Період страхування (період дії страхового захисту)** – строк, визначений у Договорі страхування, протягом якого діє страховий захист.

2.37. **Страховий захист** – захист майнових інтересів, пов'язаних з життям, здоров'ям і працездатністю Застрахованої особи у разі настання певних подій (страхових випадків), визначених Договором страхування. Якщо в період дії страхового захисту внаслідок непередбаченого і раптового настання обумовленої в Договорі страхування події (страхового випадку) Застрахованою особою отримана медична (лікувальна, діагностична, консультативна тощо) допомога та інші послуги у межах та в обсязі програми страхування, Страховик здійснює страхову виплату згідно з умовами Договору страхування шляхом виплати грошових коштів у межах страхової суми, зазначеної у Договорі страхування.

2.38. **Франшиза** – частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з умовами Договору страхування. Франшиза може бути безумовною, умовною, часовою. Величина франшизи визначається у відсотках від страхової суми, лімітів відповідальності Страховика за окремими видами медичних послуг, в абсолютній грошовій величині або в днях.

2.38.1. **безумовна франшиза** – відсоток від страхової суми або абсолютна грошова величина, в розмірі якої Страховик звільняється від здійснення страхової виплати при настанні страхового випадку. Безумовна франшиза вираховується при розрахуванні страхової виплати при кожному та будь-якому страховому випадку.

2.38.2. **умовна франшиза** – відсоток від страхової суми або абсолютна грошова величина, в розмірі якої Страховик звільняється від здійснення страхової виплати, якщо витрати, що виникли внаслідок настання страхового випадку і підлягають виплаті на умовах укладеного Договору страхування, не перевищують розміру умовної франшизи. Умовна франшиза не вираховується при розрахуванні страхової виплати, якщо величина витрат, що виникли внаслідок настання страхового випадку, перевищує величину умовної

франшизи, встановленої Договором страхування. Якщо зазначена величина витрат дорівнює або менша величини умовної франшизи, встановленої Договором страхування, страхова виплата не здійснюється.

2.38.3. **часова франшиза** – кількість днів, визначених у Договорі страхування, протягом яких не діє страховий захист.

2.39. Зміст інших понять і термінів, які не визначені цими Правилами, визначається законодавством України та спеціальними словниками понять і термінів Всесвітньої організації охорони здоров'я.

3. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

3.1. Предметом Договору добровільного медичного страхування є майнові інтереси, що не суперечать закону, пов'язані зі здоров'ям та працездатністю Страхувальника чи третьої особи (Застрахованої особи), визначеної Страхувальником у Договорі страхування за її згодою.

3.2. Договором страхування може бути передбачений обов'язок Страховика за встановлену Договором страхування плату (страховий внесок, страховий платіж, страхову премію) здійснити страхову виплату відповідно до умов Договору страхування в розмірі страхової суми або її частини шляхом:

3.2.1. оплати вартості медико-санітарної допомоги певного переліку та якості в обсязі обраної Страхувальником програми медичного страхування, яка була надана Страхувальнику чи Застрахованій особі закладами охорони здоров'я, до яких він (вона) звернувся під час дії Договору страхування, у зв'язку із захворюванням, загостренням хронічного захворювання або розладом здоров'я внаслідок нещасного випадку, іншої допомоги, передбаченої Правилами та Договором страхування, що пов'язана з наданням медичної допомоги;

3.2.2. відшкодування понесених Страхувальником чи Застрахованою особою документально підтверджених витрат на отримання медичної допомоги.

4. СТРАХОВІ РИЗИКИ ТА СТРАХОВІ ВИПАДКИ

4.1. За умовами цих Правил страховими ризиками, на випадок яких здійснюється страхування, є захворювання, розлад здоров'я Страхувальника/Застрахованої особи, що є наслідком гострого захворювання, загострення хронічного захворювання, у тому числі ушкодження здоров'я внаслідок нещасного випадку.

4.2. Страховий випадок, передбачений Договором страхування, який відбувся, і з настанням якого виникає обов'язок Страховика здійснити виплату страхової суми або її частини Страхувальнику, Застрахованій особі або іншій третій особі, визначеній в Договорі страхування.

Страховим випадком відповідно до цих Правил визнається фактичне отримання Застрахованою особою в медичних установах за направленням Асистуючої компанії, або в медичних установах, що передбачені Договором страхування, медичної допомоги (послуг) у межах переліку та в обсягах, передбачених Договором страхування, програмами страхування, при розладі здоров'я внаслідок гострого захворювання, загострення хронічного захворювання або внаслідок травми, отруєння, нещасного випадку, а також отримання інших послуг, ліків та товарів медичного призначення, відповідно до умов Договору страхування.

4.3. Випадок, визначений у п. 4.3 цих Правил страхування, визнається страховим випадком за умови, що Застрахована особа звернулася за медичною допомогою або іншими послугами медичного призначення:

4.3.1. у період дії Договору страхування;

4.3.2. до Страховика, Асистуючої компанії, медичного або іншого профілактично-оздоровчого закладу, передбаченого Договором страхування, або погодженого Страховиком;

4.3.3. внаслідок настання страхових випадків, передбачених Договором страхування, що не підпадають під виключення зі страхових випадків або обмеження страхування, що зазначені у Договорі страхування.

4.4. У Договорі страхування може бути передбачено:

4.4.1. перелік медичних установ та фармацевтичних установ, із якими Страховик уклав відповідні договори про співпрацю;

4.4.2. Асистуючу компанію або іншу особу, яка за дорученням Страховика приймає на себе обов'язки щодо організації надання та фінансування медичної допомоги в обсягах програми страхування;

4.4.3. перелік захворювань Застрахованої особи, на які розповсюджується дія Договору страхування;

4.4.4. конкретний перелік медичних послуг, в межах обраної програми страхування, відповідно до якого укладається Договір страхування.

5. ВИКЛЮЧЕННЯ ІЗ СТРАХОВИХ ВИПАДКІВ І ОБМЕЖЕННЯ СТРАХУВАННЯ

5.1. Якщо інше не передбачено умовами Договору страхування, не визнаються страховими випадками події, що відбулися внаслідок (загальні виключення):

5.1.1. вчинення Страхувальником/Застрахованою особою навмисних або неправомірних дій, що призвели до настання страхового випадку;

5.1.2. діагностики та лікування поза межами території страхування. Територією страхування є Україна, якщо інше не обумовлено Договором страхування;

5.1.3. захворювання, що виникло у зв'язку з навмисним заподіянням собі Страхувальником/Застрахованою особою тілесних ушкоджень, будь-якої шкоди своєму здоров'ю, замахом на самогубство;

5.1.4. свідомого невиконання Страхувальником/Застрахованою особою призначень лікаря і створення перешкод лікувальному та діагностичному процесу;

5.1.5. будь-якого захворювання або його наслідків, що було діагностовано у Страхувальника/Застрахованої особи до моменту укладення Договору страхування та інформацію про яке він не повідомив або навмисно спотворив у анкеті/декларації про стан здоров'я.

5.2. За умовами цих Правил страховими випадками не визнаються, якщо інше не передбачено Договором страхування, та не підлягають відшкодуванню Страховиком:

5.2.1. Лікування захворювань та травм, що безпосередньо пов'язані з невинуватим ризиком (керування транспортним засобом без відповідних прав), заняттями небезпечними видами спорту (альпінізмом, спелеологією, дельтапланеризмом, парапланеризмом, кінним спортом, парашутним спортом, мотогонками, змаганнями у швидкості, моторалі та автогонками, підводними видами спорту з використанням дихальних апаратів, стрибками на водних лижах, регбі, будь-якими видами комерційного чи професійного спорту, а також участь у спелеологічних експедиціях, за винятком екскурсій або туристичних походів, що проводяться з пізнавальною метою).

5.2.2. Діагностичні та лікувальні заходи, які не були узгоджені зі Страховиком (окрім випадків надання невідкладної медичної допомоги) та заходи, не передбачені обраною програмою медичного страхування.

5.2.3. Лікування з порушенням чи невиконанням призначень і рекомендацій лікаря, а також порушення Застрахованою особою режиму лікувального закладу.

5.2.4. Отримання медичних послуг та придбання ліків, не призначених лікарем, самолікування.

5.2.5. Операції чи лікування, не завершені до початку дії Договору страхування.

5.2.6. Подальше обстеження після встановлення не страхового діагнозу.

5.2.7. Обстеження, яке не має діагностичного значення для прийняття рішень про подальшу тактику лікування.

5.2.8. Перебування у стаціонарі з метою отримання піклувального догляду.

5.2.9. Лікування захворювань та травм, які настали внаслідок вживання алкоголю, наркотичних та токсичних речовин.

5.2.10. Дерматологічні захворювання: лікування мікозів (дерматофітій, інші поверхневі мікози, кандидоз, кокцидіоз, гістоплазмоз, бластомікоз, паракокцидіодомікоз, споротрихоз, хромомікоз, аспергильоз, криптококоз, зигомікоз, міцетома, лобомікоз, не уточнений мікоз, простий лишай та свербіць), алергічних дерматитів, atopічних дерматитів (atopічний дерматит, пруріго Бесніра, інший atopічний дерматит, atopічний дерматит, не уточнений), псоріазу (псоріаз звичайний, генералізований пустулярний, акродерматит, краплино подібний, артропатичний, інший псоріаз, псоріаз не уточнений), екземи (інші дерматити, монетоподібний, дісгідроз, шкіряна аутосенсібілізація, інфекційний дерматит, інтертригінозна екзема, інший дерматит, не уточнений дерматит), себореї (себорейний дерматит, себорея голови, себорейний дитячий дерматит, інша себорея, себорея не уточнена), крім первинної консультації та діагностики.

5.2.11. Вугрова хвороба (вугрі, звичайні вугрі, розацеа, періоральний дерматит, ринофіма, інші вугрі, не уточнені вугрі), алопеції (алопеція тотальна, алопеція андрогенна, інша не рубцева втрата волосся, рубцева алопеція), контагіозного моллюску, вітіліго, демодекозу (інші акаріїзи, інші антропологічні інвазії), педікульозу (фтіріазу), корости.

5.2.12. Лікування психічних захворювань, захворювань психогенної природи, неврозів та неврозоподібних станів, порушень мови (в т.ч. забезпечення снодійними препаратами, заспокійливими, антидепресантами, транквілізаторами та ін.).

5.2.13. Діагностика та лікування хвороб крові, хронічних хвороб периферичних судин (варикозна хвороба, облітеруючий атеросклероз, тощо) крім проведення хірургічних операцій та інших станів, що загрожують життю.

5.2.14. Діагностика, призначення схем лікування та безпосередньо лікування венеричних захворювань (гонорея, сифіліс, венеричний лімфогранулематоз, тощо).

5.2.15. Діагностика та лікування СНІД (ВІЛ) та його наслідків.

5.2.16. Природжені та набуті вади розвитку, деформації, хромосомні аномалії та спадкові захворювання.

5.2.17. Променеві ураження та їх наслідки.

5.2.18. Системні захворювання сполучної тканини, в тому числі колагенози, ревматоїдний артрит, хвороба Бехтерева, артропатії, саркаїдоз, муковісцидоз, подагра, неспецифічний виразковий коліт, хвороба Крона, за винятком додаткових послуг, передбачених Програмою страхування.

5.2.19. Захворювання в стадії декомпенсації – ця стадія характеризується наявністю стійких функціональних та морфологічних змін в певному органі, які є незворотними, окрім станів, що загрожують життю Застрахованої особи.

5.2.20. Повільно прогресуючі захворювання нервової системи (хвороба Гетінгтона, спадкова атаксія, спінальна м'язова та системна атрофія, хвороба Альцгеймера, інші дегенеративні хвороби нервової системи, розсіяний склероз, гостра форма десімінованої демієлінізації, інші демієлінізуючі хвороби центральної нервової системи, церебральні паралічі та інші паралітичні синдроми), міастенія та міопатії, мієлопатії при інших захворюваннях, менінгіти, енцефаліти та менінгоенцефаліти, арахноїдити (менінгіти не уточнені), дисциркуляторна енцефалопатія (церебральний атеросклероз, прогресуюча судинна лейкоенцефалопатія, гіпертензивна енцефалопатія, інші судинні ураження мозку), незалежно від стадії процесу.

5.2.21. Особливо небезпечні інфекції, у тому числі: натуральна віспа, чума, холера, тиф, лепра, сибірка, жовта лихоманка, геморагічна лихоманка, захворювання, що потребують карантинних заходів.

5.2.22. Лікування уражень судин, що потребують проведення різних видів стентування та шунтування, в т.ч. аорто-коронарного (за додатковим погодженням).

5.2.23. Лікування хронічної ниркової недостатності (в тому числі проведення гемодіалізу), печінкової недостатності та «нейрогенний сечовий міхур», крім невідкладних станів, але не більше 3 разів протягом строку страхування.

5.2.24. Діагностика та лікування алергічних захворювань, крім гострих алергічних реакцій та невідкладних станів, вазомоторний риніт, поліноз, алергічний дерматит; бронхіальна астма, тощо.

5.2.25. Діагностика та лікування гельмінтозів, паразитарних та інших інвазивних захворювань.

5.2.26. Лікування строком понад 1 (один) календарний місяць важких захворювань (у тому числі гострий інфаркт міокарду, гостре порушення мозкового кровообігу).

5.2.27. Лікування віддалених наслідків отриманих травм та перенесених захворювань (нейроінфекцій, ГПМК), крім невідкладних станів.

5.2.28. Лікування чоловічого та жіночого безпліддя та операції по зміні статі, штучне запліднення, сексуальні дисфункції.

5.2.29. Лікування незапальних захворювань жіночих статевих органів, розладів менструального циклу та подальша діагностика після встановлення цих діагнозів та їх наслідків (в тому числі менопаузи, пременопаузи, синдром виснажених яєчників, овуляторний синдром, фіброзно-кістозна мастопатія, тощо).

5.2.30. Застосування процедур та препаратів з метою запобігання запліднення.

5.2.31. Корекція ваги та лікування ожиріння.

5.2.32. Проведення штучного переривання вагітності (крім переривання за будь-якими медичними показаннями).

5.2.33. Косметичні, в тому числі видалення бородавок та папілом, та пластичні операції (у т. ч. планова герніопластика, ринопластика, септопластика, вазопластика, венектомія), крім випадків, коли їх проведення пов'язане з відновленням або корекцією наслідків нещасного випадку, що відбувся в період дії Договору страхування, та у випадках, які загрожують життю застрахованої особи.

5.2.34. Лікування та діагностика нетрадиційними методами (в тому числі гірудотерапія, ароматерапія, гіпноз, іридодіагностика, психоаналіз, біоенергетичні методи, лікування біологічно активними та харчовими добавками, консультація та лікування у психолога, психотерапевта, логопеда, дієтолога, генетика, імунолога (в т.ч імунограма, інші методи діагностики та лікування імунної системи, рефлексотерапія, апітерапія, озонотерапія, плазмофільтрація, УФО крові, аутогемотерапія, акупунктура, аурикулотермопунктура, електропунктура, пульсова діагностика та лікування), за винятком випадків, які загрожують життю застрахованої особи.

5.2.35. Експериментальне або науково-дослідне лікування, якщо традиційне лікування не дало результату і у випадках, які загрожують життю застрахованої особи.

5.2.36. Лікування захворювань, що вимагають застосування замісної терапії строком понад 1 (один) місяць (гормональні, ферментні препарати, тощо), за винятком гострих станів, що загрожують життю застрахованої особи.

5.2.37. Забезпечення лікарськими засобами, необхідними для тривалого прийому при хронічних захворюваннях (крім стадії загострення, в період якої покриваються витрати на лікування до стабілізації стану здоров'я строком до 30-ти днів, але не більше двох загострень одного захворювання в період дії Договору страхування).

5.2.38. Придбання органів, які трансплантуються, їх пошук і доставка, а також оплата донорів.

5.2.39. Придбання протезів різного характеру і призначення, окулярів, контактних лінз, слухових апаратів, кардіостимуляторів, внутрішньоматкових спіралей (і їх видалення), корсетів, милиць, інвалідних візочків, фіксуємих пластин та гвинтів, а також керованих систем (поліпропіленових сіток) при оперативних втручаннях. Придбання виробів медичного призначення або медикаментів, які не відносяться до Державного реєстру МОЗ України, в тому числі медичної апаратури багаторазового застосування

(небулайзери, інгалятори та ін.).

5.2.40. Профілактичні та лікувальні заходи, проведення яких регламентується нормативними документами МОЗ: проведення щеплень, в тому числі антирабічних профілактичних заходів, вакцинація за схемою при покусах.

5.2.41. Ортодонтія.

5.2.42. Профілактичні та лікувально-оздоровчі заходи (санаторно-курортне лікування тощо), медикаменти, призначені з метою профілактики, в т.ч. ті, що входять в схему лікування, але не мають прямої патогенетичної дії (вітамінні препарати, гепатопротектори, хондропротектори, імуномодулятори, системні ензими, ензими загальної дії), а також імунізація, вакцинація; гіполіпідемічні препарати (у т.ч. статини), простагландини, матеріали для алло- і ксенопластики, біологічно активні (харчові) добавки, дезінфікуючі засоби, предмети гігієни, шампуні, креми, пасти, тощо.

5.2.43. Лікування ендокринних захворювань, у тому числі цукрового діабету та його ускладнення, окрім станів, що загрожують життю застрахованої особи. В таких випадках допомога надається до стабілізації стану (лікування цих захворювань може бути зазначено серед додаткових послуг, включених у Програму страхування).

5.2.44. Лікування онкологічних захворювань та доброякісних новоутворень (за винятком додаткових послуг, включених у Програму страхування, та Діагностики злоякісних пухлин при умові попереднього погодження з керівництвом).

5.2.45. Туберкульоз будь-якої локалізації (за винятком додаткових послуг, включених у Програму страхування).

5.2.46. Діагностика та лікування захворювань, що передаються переважно статевим шляхом, відповідно до класифікації ВООЗ (гарденельоз, генітальний герпес, цитомегаловірусна інфекція, мікоплазмоз, папіломовірусна інфекція, трихомоніаз, уреоплазмоз, хламідіоз, кандідоз), діагностика та лікування ТОРЧ – інфекцій (токсоплазмоз, краснуха, цитомегаловірусна інфекція, герпес) (за винятком додаткових послуг, передбачених Програмою страхування).

5.2.47. Лікування кандидозних вульвовагінітів та баланопоститів (за винятком додаткових послуг, передбачених Програмою страхування).

5.2.48. Діагностика та лікування гепатитів, цирозів печінки, гепатозів, гострі форми інфекційних гепатитів, за винятком гострої форми вірусного гепатиту А (крім додаткових послуг, включених у Програму страхування, та інших випадків, які загрожують життю застрахованої особи).

5.2.49. Оперативне лікування вікової катаракти та глаукоми, включаючи лазерну коагуляцію судин сітківки ока, окуляри, лінзи (за винятком додаткових послуг, передбачених Програмою страхування, та станів, що загрожують життю застрахованої особи. В таких випадках допомога надається до стабілізації стану).

5.2.50. Лікування та діагностика, необхідність яких пов'язана з вагітністю, пологами та їх ускладненнями, окрім ситуацій, коли є загроза життю застрахованої особи (за винятком додаткових послуг, передбачених Програмою страхування).

5.2.51. Вікові та дегенеративно-дистрофічні процеси та зміни (в тому числі остеохондроз, кардіо- та пневмосклероз, атеросклероз, деформуючий остеоартроз, остеопороз та інші), окрім ситуацій коли є загроза життю застрахованої особи.

5.2.52. Лікування (крім невідкладних станів) ВСД (вегето-судинна дистонія), НЦД (нейро-циркуляторна дистонія), ДЕП (дисцеркуляторна енцефалопатія), АГ (артеріальна гіпертензія), ІХС (ішемічна хвороба серця), діагностика та лікування астено-невротичного синдрому, синдрому хронічної втоми.

5.2.53. Аденотомія, тонзілотомія, конхотомія, вазотомія.

5.2.54. Функціональні порушення травлення (дисбактеріоз, дисбіоз, СПК, ДЖВШ, тощо), окрім станів загострень хвороби. В таких випадках допомога надається до стабілізації стану Застрахованої особи.

5.2.55. Хронічне захворювання будь-якого типу в фазі ремісії, що було

діагностовано до моменту укладення Договору страхування, якщо інше не передбачено Договором страхування.

5.2.56. Гостре захворювання та/або загострення захворювання, та/або ускладнення захворювання, що виникло до моменту укладення Договору страхування, якщо інше не передбачено Договором страхування.

5.2.57. Вагітність та погіршення стану здоров'я, пов'язані з вагітністю, якщо інше не передбачено Договором страхування.

5.2.58. Погіршення стану здоров'я, що стало наслідком раптового погіршення екологічної ситуації, пов'язаного із хімічним та/або бактеріологічним та/або радіаційним забрудненням навколишнього середовища, якщо інше не передбачено Договором страхування.

5.2.59. У зв'язку з захворюваннями, що виникли внаслідок форс-мажорних обставин (вплив іонізуючого випромінювання, природні катаклізми, війна, військові дії будь-якого роду, надзвичайне положення, оголошене органами влади, громадянською війною, бунтом, революцією, заколотом, узурпацією влади, повстаннями, порушенням громадського порядку).

5.2.60. У зв'язку з захворюваннями, пов'язаними з епідеміями в разі введення карантинних заходів (крім епідемії ГРВІ).

5.2.61. Обстеженням з метою оформлення санаторно-курортних карт, проходження медико-соціальної експертної комісії, отримання медичної документації для поїздок за кордон, на право носіння зброї, для відвідування спортивно-оздоровчих закладів, та перебуванням в стаціонарі для отримання опікунського догляду.

5.3. Страховик не відшкодовує витрати (якщо інше не обумовлене Договором страхування), пов'язані з:

5.3.1. Діагностикою та лікуванням методами нетрадиційної медицини, проведенням курсу лікування у косметологічних клініках, на лікувальних курортах, у санаторіях, будинках відпочинку чи інших подібних закладах, а також лікуванням методами, що застосовуються в санаторно-курортних закладах;

5.3.2. Використанням медичних препаратів, не затверджених МОЗ України до застосування як лікарські засоби на території України, а також використанням біоенергетичних харчових добавок, косметичних засобів, предметів догляду тощо;

5.3.3. Оплатою медичної допомоги (послуг), не обумовлених Програмою медичного страхування, та оплатою медичної допомоги (послуг), отриманих в медичних закладах, не визначених Договором страхування;

5.3.4. Оплатою допоміжних засобів: окулярів, слухових апаратів, милиць, інвалідних колясок тощо;

5.3.5. Оплатою електрокардіостимулятора, клапана та інших імплантатів при захворюваннях серця, судин, нервової та опорно-рухової систем;

5.3.6. Оплатою контрацептивів та протизаплідних засобів, біологічних добавок, бальзамів для внутрішнього вживання;

5.3.7. Оплатою медичних препаратів та засобів для підтримуючої та замісної терапії при хронічних захворюваннях;

5.3.8. Лікуванням, що є за характером експериментальним (пов'язаним з апробацією методик, ліків) або дослідницьким;

5.3.9. Моральної шкоди, втраченої вигоди та інших непрямих збитків.

5.4. Страховик не несе відповідальність у випадку несприятливих наслідків діагностичних, лікувальних і профілактичних заходів (включаючи ін'єкції ліків), які пов'язані з лікуванням, що здійснювалось з приводу страхового випадку.

5.5. Договором страхування можуть бути передбачені інші виключення зі страхових випадків і обмеження страхування, що не суперечать цим Правилам та законодавству України.

5.6. За згодою сторін при укладенні Договору страхування деякі виключення зі

страхових випадків та обмеження страхування, зазначені у цьому розділі Правил страхування, можуть не застосуватися в умовах Договору страхування.

6. ПОРЯДОК ВИЗНАЧЕННЯ РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ СУМ ТА РОЗМІРІВ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ. ФРАНШИЗА

6.1. Розмір страхової суми встановлюється за згодою Сторін при укладанні Договору страхування або внесенні в нього змін та зазначається в договорі страхування. Розмір страхової суми визначається виходячи з цін на медичні послуги в медичних закладах різних форм власності, переліку видів медичної допомоги та медичних послуг, вартості медикаментів, рівня медичного сервісу, комфортності умов перебування в стаціонарі та місця дії договору страхування.

6.2. Якщо Страхувальник не повністю сплатив страховий платіж, Страховик несе відповідальність пропорційно сплаченій частці страхового платежу, якщо інше не передбачено Договором страхування.

6.3. В межах страхової суми можуть бути встановлені ліміти відповідальності Страховика за будь-яким окремим страховим ризиком, вказаним у Договорі страхування відповідно до цих Правил. Ліміт відповідальності може встановлюватися:

6.3.1. за кожним страховим випадком і визначається як максимальне значення зі страхових сум, встановлених за ризиками, зазначеними в п.п. 4.2.1-4.2.6 цих Правил і в Договорі страхування, яке є лімітом виплат Страховика за кожним страховим випадком протягом дії Договору страхування;

6.3.2. за Договором страхування і визначається агрегатним (сумарним) лімітом виплат Страховика за всіма страховими випадками, які відбулися в період дії Договору страхування з конкретним Страхувальником/Застрахованою особою.

6.4. Страхова сума може бути встановлена по окремій програмі медичного страхування, групі програм медичного страхування, Договору страхування в цілому.

6.5. Страховик може встановлювати у Договорі страхування франшизу. Франшиза – частина збитків, що не відшкодовується Страховиком згідно з Договором страхування.

6.6. Величина франшизи встановлюється у відсотках до страхової суми, лімітів відповідальності Страховика за окремими видами медичних послуг, в абсолютній грошовій величині або в днях:

6.6.1. При умовній (невід'ємній) франшизі Страховик не несе відповідальності за збитки, що не перевищують розмір франшизи, але відшкодовуються збитки повністю при перевищенні ними розміру франшизи.

6.6.2. При безумовній (від'ємній) франшизі Страховик у всіх випадках відшкодовує збиток за вирахуванням розміру франшизи.

6.6.3. При часовій франшизі у Договорі страхування встановлюється кількість днів, протягом яких не діє страховий захист.

6.7. Під час дії Договору страхування між Страховиком і Страхувальником може бути узгоджено збільшення розміру страхової суми. При збільшенні страхової суми Страхувальник сплачує додатковий страховий платіж.

6.7.1. При збільшенні страхової суми розмір доплати страхового платежу (ДП) розраховується за формулою:

$$ДП=(СП2-СП1) \times К, \text{ де}$$

ДП – розмір доплати страхового платежу;

СП2 – розмір страхового платежу за новою страховою сумою;

СП1 – розмір страхового платежу за попередньою страховою сумою;

К – коефіцієнт короткостроковості, який розраховується як співвідношення терміну страхування, що залишається до закінчення Договору страхування з моменту збільшення страхової суми, та строку страхування за Договором страхування (неповний місяць вважається за повний).

6.8. При збільшенні страхової суми укладається додаткова угода до діючого Договору страхування.

7. СТРАХОВІ ТАРИФИ. СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ

7.1. Розмір страхового платежу визначається в Договорі страхування з урахуванням розміру страхових сум за кожним ризиком, страхового тарифу, кількості Застрахованих осіб, тощо.

7.2. Розмір річної тарифної ставки визначається згідно з Додатком №2 до цих Правил з урахуванням віку, статі і стану здоров'я Страхувальника/Застрахованої особи, страхового ризику, на випадок настання якого проводиться страхування, роду і умов діяльності Страхувальника/Застрахованої особи.

7.3. Страховий платіж може бути сплачений у безготівковій формі, одноразово або частинами в порядку та у строки, визначені Договором страхування.

7.4. Страхувальники - резиденти згідно з укладеними Договорами страхування вносять страхові платежі лише у грошовій одиниці України, а Страхувальники-нерезиденти – у іноземній вільно конвертованій валюті або у грошовій одиниці України у випадках, передбачених законодавством України.

7.5. При оплаті страхового платежу у безготівковій формі, він вважається оплаченим з моменту зарахування грошей на поточний рахунок Страховика, або його уповноваженого представника.

7.6. Страховий платіж за додатково Застрахованих осіб визначається відповідно до «Таблиці коефіцієнтів для розрахунку страхового платежу та страхової суми для застрахованих осіб при страхуванні на строк до одного року» (Додаток № 2 до цих Правил), якщо інше не зазначено у Договорі страхування.

8. ПОРЯДОК УКЛАДАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

8.1. Договір страхування укладається Страховиком чи представником Страховика від його імені.

8.2. Для укладання Договору страхування Страхувальник подає Страховику письмову заяву за формою, встановленою Страховиком, або іншим чином заявляє про свій намір укласти Договір страхування. Заявою може бути заповнений Страхувальником спеціальний бланк, лист, повідомлення тощо.

У випадку страхування групи осіб Страхувальник також подає Страховику список Застрахованих осіб, який є невід'ємною частиною Договору страхування.

8.3. На вимогу Страховика Договір страхування укладається за умови:

8.3.1. заповнення анкети/декларації про стан здоров'я особи, за формою, встановленою Страховиком.

8.4. Для оформлення Договору страхування Страховик може запросити додаткову інформацію, що характеризує ступінь страхового ризику.

8.5. Страхувальник зобов'язаний повідомити Страховика про всі відомі йому обставини, що мають значення для оцінки страхового ризику, у тому числі результати попереднього медичного обстеження.

8.6. Всі особи, зазначені у заяві Страхувальника, заповнюють анкету/декларацію про свій стан здоров'я і надають погодження на страхування, якщо інше не передбачено Договором страхування.

8.7. Страхувальники можуть укласти Договори страхування третіх осіб (Застрахованих осіб) лише за їх згодою, крім випадків, передбачених законодавством України. Застраховані особи можуть набувати прав і обов'язків Страхувальника згідно з Договором страхування.

8.8. На підставі отриманої від Страхувальника інформації Страховик приймає рішення про укладення Договору страхування.

8.9. Договір страхування укладається у письмовій формі. Факт укладення

Договору страхування може посвідчуватися страховим свідоцтвом (полісом, сертифікатом), що є формою Договору страхування.

8.10. На письмову вимогу Страховика, а також на виконання вимог законодавства України у сфері запобігання та протидії легалізації (відмиванню) доходів, отриманих злочинним шляхом, при укладенні Договору страхування, сплаті страхового платежу або при здійсненні страхової виплати та в інших випадках, передбачених законодавством України, Страхувальник повинен надати Страховикові для ознайомлення та копіювання документи, що дозволяють ідентифікувати Страхувальника.

8.11. Якщо інше не передбачено Договором страхування, Договір страхування набирає чинності з 00 годин 00 хвилин дня, зазначеного в Договорі страхування, як день початку дії договору страхування, але не раніше 00 годин 00 хвилин дня, наступного за днем надходження страхового платежу (першої його частини) на поточний рахунок Страховика.

8.12. Умовами Договору страхування може бути передбачено використання періоду очікування, протягом якого отримання Застрахованою особою медичної допомоги (послуги) не буде визнаватися страховим випадком.

8.13. Умовами Договору страхування може бути передбачений ліміт кількості випадків отримання Застрахованою особою медичної допомоги (послуги), які можуть бути визнані страховими випадками.

8.14. Умовами Договору страхування може бути передбачено використання періоду відстрочки у днях для захворювання, після закінчення якого отримання у зв'язку з цим захворюванням медичної допомоги (послуги) буде визнаватися страховими випадками.

8.15. У випадку втрати Договору страхування (страхового сертифіката, або іншого документу, що посвідчує факт укладання Договору страхування) в період його дії Страховик видає Страхувальнику за його письмовою заявою дублікат втраченого Договору страхування (страхового сертифіката, або іншого документу, що посвідчує факт укладання Договору страхування). Після видачі дублікату Договору страхування (страхового сертифіката, або іншого документу, що посвідчує факт укладання Договору страхування) втрачений Договір страхування (страховий сертифікат, або інший документ, що посвідчує факт укладання Договору страхування) визнається таким, що втратив свою чинність.

8.16. Страховик може надати Страхувальнику додатково до Договору страхування на кожному Застраховану особу сервісні (страхові) медичні картки, за якими буде здійснюватися організація надання медичної допомоги (послуг) Застрахованим особам. У випадку втрати картки Страховик, на основі письмової заяви Страхувальника, видає її дублікат. Після передачі дублікату картки Страхувальнику, втрачений примірник картки вважається недійсним.

8.17. Договори страхування укладаються відповідно до цих Правил. Конкретні умови страхування визначаються при укладенні Договору страхування за згодою сторін відповідно до законодавства України.

8.18. Зміни і доповнення до Договору страхування після його підписання оформлюються додатковими угодами, що мають бути підписані Страхувальником та Страховиком, та які є невід'ємною частиною Договору страхування.

9. СТРОК ТА МІСЦЕ ДІЇ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

9.1. Строк та місце дії Договору страхування встановлюються за згодою сторін та визначаються у Договорі страхування.

9.2. Договором страхування може бути передбачено подовження строку страхування, що оформляється шляхом внесення відповідних змін до Договору страхування.

9.3. Якщо у Застрахованій особі виникло гостре захворювання, загострення чи

ускладнення захворювання під час дії Договору страхування та яке продовжується після закінчення строку його дії, Страховик продовжує виконувати всі свої зобов'язання (в межах страхової суми) щодо Застрахованої особи до повного її одужання або переходу захворювання в фазу ремісії.

9.4. Договір страхування діє на території України, якщо інше не передбачено Договором страхування. Територія дії Договору страхування зазначається у Договорі страхування.

9.5. Територією страхування також може бути окремих географічний район (селище, місто, область, країна), в межах якого стався страховий випадок, у зв'язку із чим у Страховика виникає зобов'язання здійснити страхову виплату.

10. ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ СТОРІН ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

10.1. Страхувальник має право:

10.1.1. Ознайомитися з умовами та Правилами страхування.

10.1.2. Укласти зі Страховиком Договір страхування про страхування майнових інтересів, пов'язаних із власним життям, здоров'ям та працездатністю, та Договори страхування майнових інтересів, пов'язаних із життям, здоров'ям та працездатністю третіх осіб (Застрахованих осіб) за їхньою згодою.

10.1.3. Визначити осіб, які підлягають страхуванню.

10.1.4. У разі настання страхового випадку, вимагати від Страховика отримання страхової виплати або медичної допомоги (послуг) з урахуванням конкретних умов Договору страхування у межах страхової суми.

10.1.5. Перевіряти дотримання Страховиком/Застрахованою особою умов Договору страхування.

10.1.6. Отримати будь-які пояснення відповідно до умов та порядку виконання Договору страхування.

10.1.7. У разі втрати Договору страхування у період його дії та/або сервісної (медичної) картки, звернутися до Страховика з письмовою заявою про видачу дубліката та отримати дублікат Договору страхування та/або сервісної (медичної) картки.

10.1.8. Ініціювати внесення змін до умов Договору страхування, що стосуються розміру страхової суми та/або страхових сум за окремими ризиками, періоду страхування, розміру страхових платежів.

10.1.9. Ініціювати дострокове припинення дії Договору страхування відповідно до умов, передбачених цими Правилами страхування та Договором страхування.

10.1.10. При колективному страхуванні в період дії Договору страхування вносити зміни до переліку Застрахованих осіб, зокрема включати до переліку нових Застрахованих осіб або припинити дію Договору страхування стосовно частини Застрахованих осіб. При включенні до переліку нових Застрахованих осіб Страхувальник повідомляє про це Страховика в порядку, передбаченому цими Правилами та Договором страхування. Строк дії Договору страхування відносно додатково Застрахованих осіб не може бути більшим загального періоду дії Договору страхування.

10.1.11. За письмовою згодою Застрахованої особи призначати в Договорі страхування фізичних або юридичних осіб – Вигодонабувачів для отримання страхової виплати, а також змінювати їх до настання страхового випадку, якщо інше не передбачено Договором страхування.

10.1.12. Оскаржити прийняте Страховиком рішення про відмову у здійсненні страхової виплати в порядку, передбаченому законодавством України.

10.1.13. Вимагати від Страховика своєчасних виплат страхових сум (її частин) та надання медичної допомоги (послуг), передбаченої Договором страхування.

10.1.14. Вимагати від Страховика дотримуватись конфіденційності відносно будь-якої інформації, яка стосується Договору страхування.

10.1.15. Користуватися іншими правами, передбаченими Договором страхування,

цими Правилами та законодавством України.

10.2. Страхувальник зобов'язаний:

10.2.1. Своєчасно вносити страхові платежі у розмірах та у строки, що встановлені Договором страхування.

10.2.2. При укладанні Договору страхування надати Страховику інформацію про всі відомі обставини, що мають істотне значення для оцінки страхового ризику, і надалі інформувати його про будь-які зміни страхового ризику впродовж дії Договору страхування.

10.2.3. Повідомити Страховика про інші діючі договори страхування щодо предмету Договору страхування.

10.2.4. Виконувати рекомендації та розпорядження Страховика, якщо це передбачено Договором страхування.

10.2.5. Вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку.

10.2.6. Надавати Страховикові перелік осіб, які підлягають страхуванню як Застраховані особи, одночасно з поданням заяви на страхування, якщо інше не передбачено Договором страхування.

10.2.7. Ознайомити Застрахованих осіб із умовами Договору страхування, обов'язками Застрахованих осіб згідно з Договором страхування, а також повідомити про їхні дії при настанні розладу здоров'я внаслідок гострого захворювання, загострення хронічного захворювання, нещасного випадку тощо.

10.2.8. Сплатити додатковий страховий платіж у разі збільшення ступеня страхового ризику та внесення відповідних змін до умов Договору страхування.

10.2.9. У межах своєї компетенції, вжити заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку.

10.2.10. Протягом трьох робочих днів, якщо інший строк не визначено умовами Договору страхування, повідомити Страховика про настання страхового випадку. Якщо Страхувальник не є одночасно Застрахованою особою, то цих заходів повинна вжити Застрахована особа.

10.2.11. На письмову вимогу Страховика, а також на виконання вимог законодавства України у сфері запобігання та протидії легалізації (відмиванню) доходів, отриманих злочинним шляхом, при укладенні Договору страхування, сплаті страхового платежу або при здійсненні страхової виплати та в інших випадках, передбачених законодавством України, надати Страховикові для ознайомлення та копіювання документи, що дозволяють ідентифікувати Страхувальника.

10.2.12. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші обов'язки Страхувальника.

10.3. Застрахована особа має право:

10.3.1. Користуватися правами Страхувальника, за винятком п.п. 10.1.8 – 10.1.11 цих Правил, якщо він не є Страхувальником.

10.3.2. У разі настання страхового випадку отримати медичну допомогу належної якості та в обсязі, передбаченому програмами страхування, у межах лімітів відповідальності Страховика, передбачених Договором страхування.

10.3.3. Під час лікування замінити лікувально-профілактичний заклад або лікаря за згодою Страховика, якщо Договором страхування не передбачене інше.

10.3.4. На отримання страхової виплати при настанні страхового випадку, обумовленого Договором страхування.

10.3.5. Оскаржити відмову Страховика у страховій виплаті в порядку, передбаченому законодавством України. У випадках, передбачених законодавством України, уповноважений представник Застрахованої особи (один з батьків, усиновитель, опікун тощо) має право на оскарження, передбачене даним пунктом цих Правил.

10.4. Застрахована особа зобов'язана:

10.4.1. Надавати Страховику правдиву і повну інформацію про стан свого здоров'я при укладенні Договору страхування та протягом строку його дії.

10.4.2. Забезпечити зберігання Договору страхування (страхового свідоцтва, полісу, сертифікату, картки), не передавати його іншим особам з метою отримання ними медичної допомоги, тримати в таємниці відомості стосовно умов Договору страхування і отриманої інформації про Страховика, за винятком випадків, передбачених законодавством України.

10.4.3. У разі втрати Договору страхування (страхового свідоцтва, полісу, сертифікату, картки), не пізніше 3 (трьох) робочих днів з моменту такої втрати, письмово повідомити Страховика про таку втрату.

10.4.4. Свідомо не створювати ризику втрати здоров'я чи заподіяння шкоди своєму здоров'ю, у разі розладу здоров'я звернутися до медичного закладу або до Страховика відповідно до умов Договору страхування.

10.4.5. Виконувати приписи довіреного лікаря, що одержані під час надання медичної допомоги, дотримуватись розпорядку, встановленого закладом охорони здоров'я, в якому Застрахованій особі надається медична допомога.

10.4.6. На вимогу Страховика пройти попередній медичний огляд.

10.4.7. Надати свою згоду на розкриття Страховику працівниками медичних закладів лікарської таємниці щодо хвороби та обставин її виникнення і лікування, якщо таке лікування має ознаки страхового випадку за Договором страхування.

10.4.8. Не пізніше 24 (двадцяти чотирьох) годин з моменту госпіталізації, якщо інше не передбачено Договором страхування, повідомити Страховика про перебування у лікувальному закладі (стаціонарі), не передбаченому програмою та Договором страхування, та повідомити його місцезнаходження. У разі невиконання цієї вимоги без поважних на те причин Страховик має право відмовити у відшкодуванні Застрахованій особі витрат на оплату медичних послуг, отриманих в даному медичному закладі.

10.4.9. У разі сплати медичних послуг за власний рахунок, надати Страховикові всю інформацію і докази, що стосуються страхового випадку та необхідні для здійснення страхової виплати, у строк та у порядку, передбаченому Договором страхування, та які Страховик обґрунтовано вимагатиме стосовно будь-яких справ, що стосуються страхового випадку та страхової виплати, а у разі прийняття Страховиком рішення про необхідність проведення медичного обстеження у довіреного лікаря Страховика, здійснити таке обстеження відповідно до умов, передбачених Договором страхування.

10.4.10. Повернути Страховикові протягом 5 (п'яти) робочих днів, якщо інший строк не передбачений Договором страхування, страхові документи Застрахованої особи у випадку дострокового припинення Договору страхування стосовно цієї особи.

10.4.11. Повернути Страховикові протягом 30 (тридцяти) календарних днів з дня отримання письмової вимоги Страховика, якщо інший строк не передбачений Договором страхування, отриману страхову виплату (або її відповідну частину), якщо виявиться така обставина, яка повністю або частково позбавляє Застраховану особу права на отримання страхової виплати.

10.4.12. Якщо Застрахована особа є малолітньою або неповнолітньою, зобов'язання, зазначені в пунктах 10.4.1 – 10.4.11 цих Правил Страхування, повинен виконувати її уповноважений представник (один з батьків, усиновитель, опікун тощо).

10.5. Страховик має право:

10.5.1. До укладення Договору страхування вимагати будь-які додаткові обстеження і документи, що підтверджують стан здоров'я особи, яка приймається на страхування, за даними, які містяться в анкеті/декларації про стан здоров'я і за результатами попереднього медичного обстеження.

10.5.2. Відмовити в укладенні Договору страхування на основі результатів попереднього анкетування і медичного обстеження Страхувальника/Застрахованої особи.

10.5.3. Перевіряти достовірність наданої Страхувальником інформації, а також

виконання ним умов Договору страхування.

10.5.4. Достроково припинити Договір страхування з письмовим повідомленням Страхувальника про причини такого рішення у випадках, передбачених законодавством України, умовами Договору страхування і цими Правилами.

10.5.5. У разі збільшення ступеня страхового ризику щодо предмету Договору страхування, запропонувати Страхувальникові внести зміни до умов Договору страхування та сплатити додатковий страховий платіж. У разі відмови Страхувальника внести зміни до Договору страхування та сплатити додатковий страховий платіж, Страховик має право достроково припинити дію Договору страхування стосовно Застрахованої особи, відповідно до умов цих Правил страхування та Договору страхування, на підставі невиконання Страхувальником умов Договору страхування.

10.5.6. Самостійно з'ясувати причини та обставини настання страхового випадку: вимагати від Страхувальника/Застрахованої особи інформацію, необхідну для встановлення факту та обставин настання страхового випадку або розміру страхової виплати, включаючи інформацію, що є комерційною та лікарською таємницею.

10.5.7. Робити запити про відомості, пов'язані зі страховим випадком, до медичних закладів, компетентних органів, інших підприємств, установ і організацій, що володіють інформацією про обставини настання страхового випадку, для надання ними відповідних документів та інформації, що підтверджують факт, причину настання страхового випадку, вартість медичних та інших послуг, отриманих Застрахованою особою.

10.5.8. Відстрочити прийняття рішення про визнання події страховим випадком, у тому числі про здійснення страхової виплати або відмову у її здійсненні, у випадках, передбачених цими Правилами страхування.

10.5.9. Відмовити у здійсненні страхової виплати (її частини) у випадках, обумовлених Договором страхування та цими Правилами.

10.5.10. Ініціювати внесення змін до умов Договору страхування відповідно до умов, передбачених цими Правилами страхування та Договором страхування.

10.5.11. Ініціювати дострокове припинення дії Договору страхування у випадку невиконання Страхувальником умов договору страхування відповідно до умов, передбачених цими Правилами страхування та Договором страхування.

10.6. Страховик зобов'язаний:

10.6.1. Ознайомити Страхувальника/Застраховану особу з умовами та Правилами страхування.

10.6.2. Видати Страхувальнику/Застрахованій особі Договір страхування, картку застрахованої особи, а при їх втраті – дублікат.

10.6.3. Протягом 2 (двох) робочих днів, як тільки стане відомо про настання страхового випадку, вжити заходів щодо оформлення всіх необхідних документів для своєчасного здійснення страхової виплати або страхового відшкодування Страхувальнику.

10.6.4. При настанні страхового випадку та після отримання усіх належним чином оформлених документів та відомостей здійснити страхову виплату у передбачений Договором страхування строк і спосіб. Страховик несе майнову відповідальність за несвоєчасну виплату страхового відшкодування шляхом сплати Страхувальнику неустойки (штрафу, пені), розмір якої визначається умовами Договору страхування.

10.6.5. Відшкодувати витрати, понесені Страхувальником при настанні Страхового випадку щодо запобігання або зменшення збитку, якщо це передбачено умовами Договору страхування.

10.6.6. Забезпечити надання медичних послуг Застрахованим особам в обумовлений Договором страхування строк.

10.6.7. Контролювати обсяг, якість та доцільність медичної допомоги (послуг), що надається Застрахованій особі згідно з Договором страхування та програмою страхування.

10.6.8. За заявою Страхувальника, у разі здійснення ним заходів, що зменшили

страховий ризик, внести зміни до Договору страхування або укласти з ним Договір страхування на нових умовах.

10.6.9. Не розголошувати відомостей про Страхувальника та його майнове становище, крім випадків, встановлених законодавством України.

10.6.10. Виконувати умови Договору страхування.

10.7. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені також інші права та обов'язки Страхувальника та Страховика.

11. ДІЇ СТРАХУВАЛЬНИКА (ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ) У РАЗІ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ

11.1. При розладі здоров'я Застрахована особа не пізніше 24 (двадцяти чотирьох) годин з моменту виникнення такого розладу здоров'я, якщо інший строк не визначено у Договорі страхування, зобов'язана звернутися за телефонами, вказаними у Договорі страхування (страховому полісі, сертифікаті), до лікаря-координатора Страховика (Асистуючої компанії) для отримання інформації щодо порядку отримання медичної допомоги (послуг) відповідно до умов Договору страхування.

На підставі отриманих від Застрахованої особи даних, лікар – координатор Страховика (Асистуючої компанії) приймає рішення щодо організації медичної допомоги (послуг) та/або забезпечення медикаментами Застрахованої особи, залучає до роботи з надання та координації медичної допомоги (послуг) та/або парамедичних послуг Застрахованій особі всі необхідні служби та контролює своєчасність, повноту, якість та адресність надання цієї допомоги (послуг).

11.2. Якщо у Застрахованої особи внаслідок погіршення стану здоров'я або з інших об'єктивних причин не було можливості повідомити Страховика (Асистуючу компанію) про страховий випадок, і без відома Страховика розпочато надання медичної допомоги (послуг), в тому числі невідкладної допомоги, Застрахована особа не пізніше 24 годин після стабілізації стану свого здоров'я, або представники Застрахованої особи – не пізніше 24 годин з моменту, коли було розпочато надання медичної допомоги (послуг) Застрахованій особі, зобов'язані повідомити Страховика або Асистуючу компанію про початок надання такої медичної допомоги (послуг).

Погіршення стану здоров'я Застрахованої особи, внаслідок чого вона не мала можливості своєчасно повідомити про страховий випадок Страховика, повинно бути документально підтверджено медичним закладом, який надавав Застрахованій особі таку невідкладну медичну допомогу.

11.3. Якщо мало місце звернення Застрахованої особи до медичної установи, яка не передбачена Договором страхування або програмою страхування, то Застрахованій або іншій особі необхідно не пізніше 24 (двадцяти чотирьох) годин після настання страхового випадку, якщо інше не передбачено Договором страхування, повідомити про це Страховика, або Асистуючу компанію для погодження зі Страховиком оплати медичної допомоги. При цьому страхова виплата здійснюється на основі документів, що підтверджують вартість медичних послуг та ліків, наданих медичними та аптечними закладами, в обсязі, що не перевищує вартість послуг у медичних закладах, передбачених Договором страхування та Програмою страхування Застрахованої особи, та виплачується з урахуванням пунктів 13.9-13.10 цих Правил.

11.4. Для отримання медичної допомоги (послуг) Застрахована особа повинна пред'явити медичному персоналу медичної установи оригінал Договору страхування (сервісну, страхову картку) та документ, що посвідчує її особу, а в окремих випадках – направлення, видане Страховиком або Асистуючою компанією. У випадку відсутності у Застрахованої особи вказаних документів, зазначені заклади мають право відмовити у наданні замовлених послуг.

11.5. При призначенні лікарем медикаментозного лікування Застрахована особа (її представник) отримує медикаменти в аптечних закладах, погоджених Страховиком

(Асистуючою компанією), або за місцем призначення (офіс/місце проживання).

11.6. Протягом всього часу страхового супроводу Застрахована особа повинна дотримуватись рекомендацій Страховика або Асистуючої компанії, уповноваженої контролювати доцільність, обсяг, якість і своєчасність надання послуг в медичних закладах, аптечних закладах, як в межах, визначених програмами страхування, так і в інтересах повноцінного відновлення свого здоров'я.

11.7. Застрахована особа зобов'язана протягом усього часу страхового супроводу надавати Страховику всю необхідну інформацію та документи про страховий випадок, а також можливість проводити медичний огляд та не створювати перешкод у визначенні обставин, причин страхового випадку, вживати заходів щодо запобігання та зменшення збитків, завданих внаслідок настання страхового випадку.

11.8. Договором страхування можуть бути також передбачені інші дії Застрахованої особи при настанні страхового випадку.

12. ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ, ЩО ПІДТВЕРДЖУЮТЬ НАСТАННЯ СТРАХОВОГО ВИПАДКУ ТА РОЗМІР ЗБИТКІВ

12.1. У разі самостійної оплати наданих медичних послуг Застрахована особа надає Страховику в строк, встановлений у Договорі страхування, документи зазначені у п.12.2, що підтверджують факт настання страхового випадку та розмір збитків.

12.2. Підтвердження настання страхового випадку та визначення розміру страхової виплати здійснюється Страховиком на підставі наступних документів:

12.2.1. копії медичної документації із медичного закладу (виписка з амбулаторної картки, виписка з історії хвороби, консультативний висновок тощо), які містять дату звернення Страхувальника/Застрахованої особи, діагноз або шифр по МКХ, а також перелік наданої медичної допомоги (послуг), оформлені належним чином відповідно до законодавства України;

12.2.2. копії рецептів, виписаних лікарем;

12.2.3. копії листка непрацездатності або відповідної довідки медичної установи, завіреної в установленому законодавством України порядку;

12.2.4. оригіналів фіскальних чеків (квитанцій до прибуткових касових ордерів), що підтверджують факт оплати медичних послуг (лікарських засобів), якщо оплата вартості таких послуг (лікарських засобів) здійснювалась Страхувальником / Застрахованою особою самостійно;

12.2.5. оригіналів товарних чеків на придбані лікарські засоби (у випадку, якщо в касовому чеку не зазначена назва придбаного медикаменту);

12.2.6. оригіналу акту наданих послуг (щодо наданих медичних послуг);

12.2.7. оригіналів рахунків-фактур за надані медичні послуги;

12.2.8. при лікуванні у приватного спеціаліста, фізичної особи-підприємця (за направленням лікаря-координатора та за умови узгодження зі Страховиком або Асистуючою компанією) – висновку лікаря (оформленого відповідно до вимог законодавства України), копій реєстраційних документів суб'єкта підприємницької діяльності: копії виписки із Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців та громадських формувань, копії ліцензії на здійснення медичної практики чи надання оздоровчих послуг, копії витягу з реєстру платників податків, тощо;

12.2.9. копії довідки про присвоєння Страхувальнику/Застрахованій особі реєстраційного номеру облікової картки платника податків;

12.2.10. копії документу, що посвідчує особу, з пред'явленням оригіналу такого документу для огляду.

12.3. У разі необхідності з'ясування обставин страхового випадку або у разі виникнення сумнівів щодо обставин страхового випадку, Страховик має право на одержання додаткових документів від Страхувальника (Застрахованої особи) або уповноважених органів.

12.4. Якщо Страхувальник (Застрахована особа) з поважних причин не мав можливості надати Страховику необхідні для страхової виплати документи протягом строку, встановленого Договором страхування, він повинен повідомити Страховика про причини ненадання або затримки надання документів у письмовій формі.

12.5. Перелік документів, що підтверджують настання страхового випадку та розмір збитків, визначається у Договорі страхування з урахуванням вимог законодавства України.

12.6. Документи, зазначені у пункті 12.2 цих Правил, подаються Страховику у формі, визначеній пунктом 13.5 даних Правил страхування.

12.7. Страховик може вимагати виправлення або надання інших, належним чином оформлених примірників документів, якщо подані документи про страховий випадок оформлені з порушенням установлених законодавством України вимог, та/або з яких неможливо вирішити питання про факт настання страхового випадку, та/або з яких неможливо встановити розмір страхової виплати тощо.

13. ПОРЯДОК І УМОВИ ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ. СТРОК ПРИЙНЯТТЯ РІШЕНЬ ПРО ЗДІЙСНЕННЯ АБО ВІДМОВУ В ЗДІЙСНЕННІ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ. ПРИЧИНИ ВІДМОВИ У СТРАХОВІЙ ВИПЛАТІ.

13.1. Виплата страхової суми (її частини) проводиться Страховиком згідно з Договором страхування на підставі заяви Страхувальника (його правонаступника або третіх осіб, визначених умовами страхування) і страхового акту, який складається Страховиком або уповноваженою ним особою у формі, що визначається Страховиком.

13.2. Страховик складає страховий акт на підставі наданих Страхувальником/Застрахованою особою усіх належним чином оформлених документів, що підтверджують факт настання страхового випадку та одержання Застрахованою особою медичних та інших послуг, медикаментів, їх вартість, та інших документів, передбачених цими Правилами і Договором страхування.

13.3. Страхувальник/Застрахована особа надає Страховикові для здійснення останнім страхової виплати наступні документи:

13.3.1. заяву про здійснення страхової виплати;

13.3.2. примірник Договору страхування (страхового полісу, сертифікату);

13.3.3. документи, що підтверджують факт настання страхового випадку та розмір збитків, що передбачені пунктом 12.1 цих Правил та Договором страхування;

13.3.4. копію паспорту та копію довідки про присвоєння Застрахованій особі реєстраційного номеру облікової картки платника податків;

13.3.5. у разі одержання страхової виплати довіреною особою – нотаріально посвідчену довіреність, видану Застрахованою особою на довірену особу, в якій зазначені повноваження на право отримання від Страховика страхової виплати, копію паспорту особи, яка одержує страхову виплату за довіреністю;

13.3.6. інші документи, що стосуються факту, причини та (або) обставин настання страхового випадку, вартості одержаних Застрахованою особою медичних та інших послуг, придбаних медикаментів, та (або) необхідних для здійснення страхової виплати, на письмовий запит Страховика.

13.4. Вигодонабувач або спадкоємець Застрахованої особи крім документів, передбачених пунктом 13.3 цих Правил, також надає:

1) копію свідоцтва про смерть Застрахованої особи;

2) документи, що дозволяють ідентифікувати особу-одержувача страхової виплати (паспорт та копію довідки про присвоєння реєстраційного номеру облікової картки платника податків);

3) нотаріально засвідчену копію свідоцтва про право на спадщину, оформлену відповідно до законодавства України, із зазначенням ступеня споріднення спадкоємця (спадкоємців) – для спадкоємців.

13.5. Документи, що подаються для здійснення Страховиком страхової виплати, повинні бути достовірні, надані в обсязі, якого вимагає Страховик, у формі оригіналів, нотаріально засвідчених копій, простих копій за умови надання Страховику можливості звірення копій цих документів з їх оригіналами.

Страховик може затримати складання страхового акту, якщо документи, що подаються Страховику для здійснення страхової виплати, оформлені з порушенням установлених законодавством України вимог (на документі відсутній підпис уповноваженої особи, не визначений період лікування, не можна розібрати діагноз тощо), до моменту отримання таких документів, оформлених належним чином та з урахуванням пункту 13.11 цих Правил.

13.6. Якщо це передбачено умовами Договору страхування, Страховик, враховуючи обставини конкретного страхового випадку, може зменшити перелік документів, необхідних для прийняття рішення про здійснення страхової виплати.

13.7. У разі настання страхового випадку, Страховик здійснює виплату страхової суми (її частини) шляхом оплати вартості отриманої Застрахованою особою медичної допомоги (послуги), вартості медикаментозного забезпечення у межах страхової суми або ліміту відповідальності, визначених Договором страхування. Страхові виплати можуть бути здійснені:

- 1) Застрахованій особі;
- 2) медичному закладу на підставі укладеного між Страховиком та медичним закладом договору, в порядку і строки, що обумовлені таким договором;
- 3) Асистуючій компанії на підставі документів про співробітництво;
- 4) Вигодонабувачу – у разі смерті Застрахованої особи, якщо Вигодонабувач призначений у Договорі страхування;
- 5) спадкоємцям Застрахованої особи на умовах, визначених законодавством України.

13.8. Страховик не оплачує частину вартості лікування, що перевищує встановлену цим Договором страхову суму, а у випадку встановлення лімітів відповідальності на окремі послуги в рамках програми страхування – частину вартості лікування, що перевищує цей ліміт.

13.9. У разі звернення Застрахованої особи в лікувальний заклад, з яким у Страховика або Асистуючої компанії немає договірних відносин, Страховик здійснює страхову виплату при умові попереднього погодження лікувального закладу Застрахованою особою зі Страховиком/Асистуючою компанією, у разі звернення Застрахованої особи до медичного закладу на умовах, визначених пунктом 11.3 цих Правил, та у разі надання Страховику протягом 30 (тридцяти) робочих днів з дня одержання послуг, зазначених у програмі страхування, відповідних документів, передбачених цими Правилами та Договором страхування.

13.10. У випадку звернення Застрахованої особи до медичної установи, яка не має договірних відносин зі Страховиком/Асистуючою компанією, з урахуванням пункту 11.3 та пункту 13.9 цих Правил, та якщо інше не передбачено умовами Договору страхування, страхова виплата здійснюється у наступних розмірах:

- 1) у розмірі 100 % (сто відсотків) вартості послуг, якщо вартість отриманих послуг не перевищує рівень цін у лікувальних закладах, передбачених Договором страхування;
- 2) у розмірі 50 % (п'ятдесят відсотків) вартості послуг, якщо вартість отриманих послуг перевищує рівень цін у лікувальних закладах, передбачених Договором страхування.

13.11. При виникненні у Страховика обґрунтованих сумнівів щодо достовірності наданих відомостей і документів, що підтверджують факт, причини та обставини настання страхового випадку, а також розмір заподіяного збитку, а також якщо на підставі наданих документів неможливо встановити обставини настання страхового випадку та розмір заподіяної шкоди, Страховик має право призначити розслідування, надати доручення

незалежній експертній організації про проведення експертної оцінки тощо, робити запити про відомості, пов'язані з настанням страхового випадку.

13.12. Граничний строк отримання відповідей на запити Страховика від підприємств, установ, організацій, що володіють інформацією про обставини настання страхового випадку, або отримання результатів експертного висновку, не може перевищувати 6 (шість) місяців з дня направлення Страховиком відповідного запиту, якщо інше не передбачено Договором страхування.

13.13. Протягом 30 (тридцяти) робочих днів з моменту одержання Страховиком належно оформлених всіх документів (або останнього з них, якщо документи надавалися частинами), необхідних для підтвердження факту, причин, обставин настання страхового випадку та визначення розміру збитків, а саме: документів, передбачених пунктом 12.1, пунктами 13.3-13.4 цих Правил та Договором страхування, відповідей на запити Страховика, передбачені п. 13.11 цих Правил, якщо інший строк не передбачений Договором страхування, Страховик:

13.13.1. Приймає обґрунтоване рішення про здійснення страхової виплати шляхом складення страхового акту і протягом 30 (тридцяти) робочих днів з дня складання страхового акту здійснює страхову виплату, якщо інший строк не передбачений Договором страхування;

13.13.2. Приймає обґрунтоване рішення про відмову у здійсненні страхової виплати. Страховик письмово повідомляє Страхувальника та/або одержувача страхової виплати про прийняття рішення про відмову у здійсненні страхової виплати з обґрунтуванням причин протягом 10 (десяти) робочих днів з дня прийняття такого рішення, якщо інший строк не передбачений умовами Договору страхування.

13.14. Страховик може відстрочити прийняття рішення про визнання події страховим випадком, у тому числі про здійснення страхової виплати або відмову у її здійсненні, якщо це передбачено Договором страхування:

1) до дня, наступного за днем, коли Страховику стало відомо про набрання законної сили рішенням суду у цивільній, господарській справі або за кримінальним провадженням, якщо спір щодо факту, причин та обставин події та розміру збитку (шкоди) розглядається судом;

2) до дня, наступного за днем, коли Страховику стало відомо про результати закінчення розслідування компетентними органами, якщо за фактом події проводилось розслідування компетентними органами;

3) до дня, наступного за днем, коли Страховику стало відомо про закриття кримінального провадження чи зупинення досудового розслідування, якщо за фактом події або щодо Страхувальника (одержувача страхового відшкодування) було розпочате кримінальне провадження.

13.15. Загальний обсяг виплат за Договором страхування не може перевищувати страхової суми, обумовленої в Договорі страхування.

13.16. При амбулаторному лікуванні Страховик оплачує вартість лікарських препаратів за період, що не перевищує 1 (один) календарний місяць за кожним діагнозом відповідно до Міжнародної класифікації хвороб (МКХ).

13.17. Після здійснення Страховиком страхової виплати за страховим випадком ліміт відповідальності (зобов'язань) Страховика для конкретної Застрахованої особи зменшується на суму здійсненої страхової виплати.

13.18. Договір страхування продовжує свою дію протягом строку страхування в межах страхової суми, зменшеної на страхові виплати, що були здійснені Страховиком.

13.19. У разі якщо на момент страхового випадку страховий платіж за Договором страхування сплачений не в повному обсязі, Договором страхування може бути передбачено:

1) виплата належної страхової виплати без врахування неповної сплати страхового платежу.

- 2) утримання невнесеної частини страхового платежу із суми страхової виплати.
- 3) виплата належної страхової виплати пропорційно сплаченому страховому платежу.

13.20. Причинами відмови Страховика у страховій виплаті є:

13.20.1. навмисні дії Страхувальника або особи, на користь якої укладено Договір страхування, спрямовані на настання страхового випадку. Зазначена норма не поширюється на дії, пов'язані з виконанням ними громадянського чи службового обов'язку, в стані необхідної оборони (без перевищення її меж) або захисту майна, життя, здоров'я, честі, гідності та ділової репутації. Кваліфікація дій Страхувальника або особи, на користь якої укладено Договір страхування, встановлюється відповідно до законодавства України;

13.20.2. вчинення Страхувальником – фізичною особою або іншою особою, на користь якої укладено Договір страхування, умисного злочину, що призвів до страхового випадку;

13.20.3. у разі одержання Застрахованою особою травм, захворювання або інших ушкоджень здоров'я при вчиненні нею злочину;

13.20.4. подання Страхувальником/Застрахованою особою свідомо неправдивих відомостей про предмет Договору страхування або про факт настання страхового випадку;

13.20.5. несвоєчасне повідомлення Страхувальником/Застрахованою особою про настання страхового випадку без поважних на це причин або створення Страховикові перешкод у визначенні обставин, характеру та розміру збитків;

13.20.6. неповідомлення або несвоєчасне повідомлення Страхувальником/Застрахованою особою Страховика про збільшення ступеня страхового ризику, у тому числі про зміну роду занять, якщо ця обставина слугувала прямою або непрямою причиною настання події, що має ознаки страхового випадку;

13.20.7. одержання Застрахованою особою послуг, не передбачених Договором або програмою страхування, або поза межами строку та території дії Договору страхування;

13.20.8. ненадання Страхувальником/Застрахованою особою документів, передбачених пунктом 12.2 та пунктами 13.3-13.4 цих Правил, необхідних для встановлення причин, характеру події, що має ознаки страхового випадку, та його зв'язку із наслідками, що настали, чи надання заздальгідь неправдивої інформації;

13.20.9. не сплата страхового платежу у розмірі та у строки, передбачені Договором страхування;

13.20.10. невиконання Страхувальником/Застрахованою особою обов'язків, передбачених цими Правилами, Договором страхування та законодавством України.

13.20.11. інші випадки, передбачені законодавством України.

13.21. Умовами Договору страхування можуть бути передбачені інші підстави для відмови у здійсненні страхових виплат, якщо це не суперечить законодавству України.

13.22. Відмову Страховика у здійсненні страхової виплати може бути оскаржено Страхувальником у судовому порядку.

13.23. Страховик не відшкодовує витрати, що не були узгоджені зі Страховиком/Асистуючою компанією Страховика, коли таке узгодження вимагається умовами Договору страхування.

13.24. Страховик не відшкодовує витрати, що виникли після закінчення строку дії Договору страхування або дострокового припинення Договору страхування, за винятком випадків, коли страхова подія, яка вимагає стаціонарного лікування, наступила ще в період дії Договору страхування. У цьому випадку Страховик відшкодовує витрати, що виникають як під час, так і після закінчення дії або дострокового припинення Договору страхування до моменту виписки Страхувальника/Застрахованої особи зі стаціонару лікувальної установи.

14. УМОВИ ПРИПИНЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ.

14.1. Дія Договору страхування припиняється та втрачає чинність за згодою сторін, а також у разі:

14.1.1. Закінчення строку дії Договору страхування. Договором страхування може бути передбачено, що його дія закінчується о 24 годині 00 хвилин дати, зазначеної в Договорі страхування як дата закінчення строку дії Договору страхування.

14.1.2. Виконання Страховиком зобов'язань перед Страхувальником у повному обсязі.

14.1.3. Несплати Страхувальником страхових платежів у встановлені Договором страхування строки. При цьому Договір вважається достроково припиненим у випадку, якщо перший (або черговий) страховий платіж не був сплачений за письмовою вимогою Страховика протягом 10 (десяти) робочих днів з дня пред'явлення такої вимоги Страхувальнику, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування. При цьому Договір страхування вважається достроково припиненим з дати, наступної за датою, по яку була сплачена остання частина страхового платежу, зазначена у Договорі страхування, якщо інше не передбачено умовами Договору страхування.

14.1.4. Якщо Договір страхування укладено на декількох осіб одночасно, у разі смерті однієї Застрахованої особи Договір припиняє дію тільки відносно цієї особи.

14.1.5. Ліквідації Страхувальника - юридичної особи або смерті Страхувальника-фізичної особи, чи втрати ним дієздатності, за винятком випадків, передбачених чинним законодавством України.

14.1.6. Ліквідації Страховика у порядку, встановленому законодавством України.

14.1.7. Прийняття судового рішення про визнання Договору страхування недійсним.

14.1.8. В інших випадках, передбачених законодавством України.

14.2. Дію Договору страхування може бути достроково припинено за вимогою Страхувальника або Страховика, якщо це передбачено умовами Договору страхування. Дія Договору страхування не може бути припинена Страховиком достроково, якщо на це немає згоди Страхувальника, який виконує всі умови Договору страхування, та якщо інше не передбачено умовами Договору страхування та законодавством України.

14.3. Про намір достроково припинити дію Договору страхування будь-яка сторона зобов'язана повідомити іншу не пізніше як за 30 (тридцять) календарних днів до дати припинення дії Договору страхування, якщо інше ним не передбачено.

14.3.1. У разі дострокового припинення дії Договору страхування, за вимогою Страхувальника, Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування, з відрахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних виплат страхових сум та страхового відшкодування, що були здійснені за цим договором страхування. Якщо вимога Страхувальника обумовлена порушенням Страховиком умов Договору страхування, то останній повертає Страхувальнику сплачені ним страхові платежі повністю.

14.3.2. У разі дострокового припинення Договору страхування, за вимогою Страховика, Страхувальнику повертаються повністю сплачені ним страхові платежі. Якщо вимога Страховика обумовлена невиконанням Страхувальником умов Договору страхування, то Страховик повертає йому страхові платежі за період, що залишився до закінчення дії Договору страхування, з вирахуванням нормативних витрат на ведення справи, визначених при розрахунку страхового тарифу, фактичних виплат страхових сум та страхового відшкодування, що були здійснені за цим Договором страхування.

14.4. При достроковому припиненні Договору страхування повернення страхового платежу здійснюється протягом 15 (п'ятнадцяти) робочих днів після дати дострокового припинення Договору страхування, якщо інше не передбачено Договором страхування.

14.5. Остаточний розрахунок між Страхувальником і Страховиком у разі дострокового припинення дії Договору страхування здійснюється після врегулювання всіх заяв про здійснення страхової виплати, поданих Застрахованою особою (Вигодонабувачем), здійснення страхових виплат або прийняття Страховиком обґрунтованих рішень про відмову у здійсненні страхової виплати.

14.6. При зміні умов Договору страхування, що зменшують обсяг відповідальності Страховика (припинення Договору страхування відносно конкретної Застрахованої особи, зменшення страхових сум), Страхувальникові повертаються:

14.6.1. У випадку припинення Договору страхування щодо конкретної Застрахованої особи – сплачений за останню страховий платіж пропорційно періоду, що залишився до закінчення Договору страхування, за винятком витрат на ведення справи, визначених у розрахунку страхових тарифів, а також фактичних виплат страхових сум, які були здійснені за Договором страхування;

14.6.2. У випадку зменшення обсягу відповідальності Страховика відносно конкретної Застрахованої особи без зміни загальної чисельності Застрахованих осіб – частина сплаченого за останню страхового платежу пропорційно періоду, що залишився до закінчення Договору страхування відповідно до страхових тарифів, за винятком витрат на ведення справи, визначених у розрахунку страхових тарифів, а також фактичних страхових виплат, які були здійснені за Договором страхування.

14.7. При зміні умов Договору страхування, що збільшують обсяг відповідальності Страховика (включення у Договір страхування додаткової особи, збільшення страхових сум), Страховикові сплачується:

14.7.1. У випадку включення до Договору страхування додаткової особи – страховий платіж за додатково застрахованих осіб із урахуванням коефіцієнтів для розрахунку страхового платежу та страхової суми, що передбачені цими Правилами та діють у Страховика.

14.7.2. У випадку збільшення обсягу відповідальності Страховика відносно конкретної Застрахованої особи без зміни загальної чисельності – страховий платіж пропорційно періоду, що залишився до закінчення Договору страхування відповідно до страхових тарифів.

14.8. За згодою сторін у Договорі страхування можуть бути визначені конкретні умови повернення або сплати визначених пунктом 14.6 цих Правил сум (зокрема, встановлення строків такої оплати, проведення взаємозаліку тощо).

14.9. У разі дострокового припинення дії Договору страхування не допускається повернення коштів у готівковій формі, якщо платіж було здійснено в безготівковій формі.

15. НЕДІЙСНІСТЬ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

15.1. Договір страхування вважається недійсним з моменту його укладання у випадках, передбачених Цивільним кодексом України.

15.2. Договір страхування визнається недійсним і не підлягає виконанню також у разі, якщо його укладено після страхового випадку.

15.3. Договір страхування визнається недійсним у судовому порядку.

16. ПОРЯДОК ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

16.1. Спори, пов'язані зі страхуванням, вирішуються в порядку, передбаченому законодавством України.

16.2. Спори, пов'язані з укладенням та виконанням Договору страхування, що виникають між Страхувальником (Застрахованою особою, Вигодонабувачем, спадкоємцем) і Страховиком, вирішуються шляхом переговорів.

16.3. При неможливості урегулювання спірних питань шляхом переговорів, спір вирішується у судовому порядку, передбаченому чинним законодавством України.

17. ОСОБЛИВІ УМОВИ

17.1. Правилами страхування регламентовані основні умови страхування.

17.2. Конкретні умови страхування можуть встановлюватися Договором страхування за згодою сторін і не повинні суперечити Правилам страхування та законодавству України.

17.3. За згодою сторін до Договору страхування можуть бути внесені застереження, доповнення, зміни та особливі умови страхування, виходячи з конкретних умов страхування, що відповідають положенням цих Правил страхування та не суперечать законодавству України.

17.4. Зміни та доповнення до умов Договору страхування вносяться за згодою Страховика та Страхувальника на підставі заяви однієї зі сторін.

17.5. Зміни та доповнення до умов Договору страхування набувають чинності з моменту оформлення узгоджених сторонами умов у формі додаткової угоди до Договору страхування.

17.6. Якщо будь-яка зі сторін не згодна на внесення змін та доповнень до умов Договору страхування, у строк до 10 (десяти) робочих днів із моменту отримання заяви вирішується питання про дію Договору страхування на попередніх умовах або дострокове припинення його дії.

17.7. Зміни та доповнення до Правил вносяться у порядку, встановленому законодавством України.

17.8. Права та обов'язки Страховика, Страхувальника, підстави для відмови у здійсненні виплати страхового відшкодування, зазначені в Правилах страхування, але які не передбачені Законом України «Про страхування», з метою їх правозастосування, повинні бути передбачені Договором страхування, якщо вони не суперечать законодавству України.

БАЗОВІ ПРОГРАМИ ДОБРОВІЛЬНОГО МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

Програма 01 «Амбулаторно-поліклінічна допомога» передбачає (якщо інше не зазначене в Договорі страхування) консервативне та оперативне лікування в умовах амбулаторій, поліклінік, лікувально-оздоровчих установ, включаючи:

1. Поліклінічне обслуговування.
 - 1.1. Консультації спеціалістів за профілем: кардіолога, пульмонолога, хірурга, травматолога, окуліста, невропатолога, гінеколога, уролога, інфекціоніста, дерматолога, отоларинголога, терапевта та інших.
 - 1.2. Загальні маніпуляції та процедури.
 - 1.3. Профілактична вакцинація.
 - 1.4. Маніпуляції хірургічні, травматологічні, ортопедичні, проктологічні, урологічні, отоларингологічні, офтальмологічні, гінекологічні, алергологічні, гематологічні, пульмонологічні, дерматовенерологічні, ендоскопічні; маніпуляції логопеда.
 - 1.5. Функціональна діагностика.
 - 1.6. Загальноклінічні, біохімічні, мікробіологічні, гістологічні, цитологічні, біофізичні, гормональні, рентгенологічні обстеження.
 - 1.7. Ангіографія, комп'ютерна томографія.
 - 1.8. Радіоізотопні, радіоімунологічні, ультразвукові діагностичні обстеження.
 - 1.9. Термографія.
 - 1.10. Анестезіологічні маніпуляції.
 - 1.11. Хірургічні операції, що здійснюються в поліклінічних умовах.
 - 1.12. Фізіотерапія, масаж, водолікування та грязелікування за медичними показаннями.
 - 1.13. Рефлексотерапія.
 - 1.14. Мануальна терапія.
2. Допомога на дому (приїзд лікарів-спеціалістів, ЕКГ, лікувальні маніпуляції, взяття матеріалу для лабораторних обстежень).
3. Диспансерний нагляд та обстеження.
4. Медикаментозна терапія.
5. Медична евакуація – транспортування Застрахованої особи, якщо це необхідно за медичними висновками, до закладу охорони здоров'я, який має належні можливості для її лікування.

Програма 02 «Стаціонарна допомога» (невідкладна та (або)планова) передбачає (якщо інше не зазначене в Договорі страхування) лікування (в тому числі перебування і харчування) в умовах стаціонару за наявності хвороб і станів, що потребують стаціонарного лікування, включаючи:

1. Організація екстреної та планової госпіталізації до медичних закладів відповідно до профілю.
2. Діагностичні, лабораторні та інструментальні обстеження та дослідження.
3. Консультації спеціалістів.
4. Лікувальні маніпуляції та процедури.
5. Оперативне втручання.
6. Медикаментозна терапія.
7. Перебування в закладах охорони здоров'я.
8. Медична евакуація – транспортування Застрахованої особи, якщо це необхідно за

медичними висновками, до закладу охорони здоров'я, який має належні можливості для її лікування.

Програма 03 «Швидка медична допомога» передбачає (якщо інше не зазначене в Договорі страхування):

1. Виїзд бригади швидкої медичної допомоги.
2. Проведення діагностичних та лікувальних заходів.
3. Медикаментозна терапія в умовах швидкої медичної допомоги.
4. Забезпечення медикаментами на першу добу при госпіталізації.
5. Медична евакуація – транспортування Застрахованої особи, якщо це необхідно за медичними висновками, до закладу охорони здоров'я, який має належні можливості для її лікування.

Програма 04 «Реабілітаційна допомога» передбачає (якщо інше не зазначене в Договорі страхування):

1. Консультації спеціалістів.
2. Діагностичні маніпуляції та процедури.
3. Лабораторні та інструментальні дослідження та обстеження.
4. Лікувальні маніпуляції та процедури.
5. Медикаментозна терапія.
6. Лікувальна фізкультура та рухові режими.
7. Перебування в закладах реабілітації.
8. Медична евакуація – транспортування Застрахованої особи, якщо це необхідно за медичними висновками, до закладу охорони здоров'я, який має належні можливості для її лікування.
9. Санаторне лікування.
10. Нетрадиційна допомога.

Програма 05 «Стоматологічна допомога» передбачає (якщо інше не зазначене в Договорі страхування):

1. Консультації спеціалістів.
2. Функціональна діагностика.
3. Фізіотерапія.
4. Анестезіологічні маніпуляції.
5. Терапевтична стоматологія (у т.ч. лікування карієсу, пульпіту, періодонтиту, терапевтичне лікування тканин пародонта, лікування захворювань слизової оболонки порожнини рота та язика).
6. Хірургічна стоматологія (у т.ч. лікування запальних захворювань, нервів та пошкоджень щелепно-лицьової області, хвороб слинних залоз, видалення зубів, хірургічне лікування тканин пародонта, лікування доброякісних новоутворень щелепно-лицьової області).

Програма 06 «Акушерська допомога» передбачає (якщо інше не зазначене в Договорі страхування):

1. Консультації спеціалістів.
2. Діагностичні, лабораторні та інструментальні дослідження та обстеження.
3. Лікувальні маніпуляції та процедури.
4. Підготовка до пологів та їх проведення.
5. Медикаментозна терапія.
6. Перебування в закладах охорони здоров'я.
7. Медична евакуація – транспортування Застрахованої особи, якщо це необхідно за медичними висновками, до закладу охорони здоров'я, який має належні можливості для її

лікування.

Програма 07 «Комплексна медична допомога» передбачає (якщо інше не зазначене в Договорі страхування):

1. Комбінація Програм страхування: Програма «Амбулаторно-поліклінічна допомога»; Програма «Стаціонарна допомога»; «Швидка медична допомога»; «Реабілітаційна допомога»; Програма «Акушерська допомога».
2. Конкретний перелік медичних послуг, що надаються за кожною з Програм страхування, зазначається в Договорі страхування за згодою сторін.

Програма 08 «Діагностичне обстеження» передбачає (якщо інше не зазначене в Договорі страхування):

1. Консультації спеціалістів.
2. Функціональна діагностика.
3. Загальноклінічні, біохімічні, мікробіологічні, гістологічні, цитологічні, біофізичні, гормональні, рентгенологічні обстеження.
4. Ангіографія, комп'ютерна томографія.
5. Радіоізотопні, радіоімунологічні, ультразвукові діагностичні обстеження.
6. Термографія.

БАЗОВІ СТРАХОВІ ТАРИФИ

(нижче наведені річні страхові тарифи для однієї Застрахованої особи за відповідною Програмою страхування).

1. Базові страхові тарифи за добровільним медичним страхуванням, розраховані для періоду страхування один рік, наведено в Таблиці 1 цього Додатку.

Таблиця 1

№	Базові програми добровільного медичного страхування	Базовий страховий тариф, % від страхової суми
1.	Програма «Амбулаторно-поліклінічна допомога»	7,5
2.	Програма «Стаціонарна допомога»	5,5
3.	Програма «Швидка медична допомога»	6,0
4.	Програма «Реабілітаційна допомога»	8,0
5.	Програма «Стоматологічна допомога»	10,0
6.	Програма «Акушерська допомога»	15,0
7.	Програма «Комплексна медична допомога»	15,0
8.	Програма «Діагностичне обстеження»	2,5

2. В кожному конкретному випадку Страховик має право встановлювати страховий тариф за Програмами страхування залежно від ступеня ризику (статеві - вікових факторів, стану здоров'я, виду діяльності Застрахованої особи, переліку медичних послуг, що включені до Програми страхування, умов Договору страхування, кількості Застрахованих осіб, тощо), до базових страхових тарифів можуть бути застосовані понижуючі або підвищуючі коефіцієнти від 0,01 до 9,00.
3. Якщо інше не передбачено Договором страхування, для Договорів страхування, строк дії яких менше одного року, застосовуються коефіцієнти короткостроковості:

Таблиця 2

Строк дії договору страхування (місяців)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Коефіцієнт короткостроковості (К)	0,20	0,30	0,40	0,50	0,60	0,70	0,75	0,80	0,85	0,90	0,95

4. Конкретний розмір страхового тарифу розраховується шляхом множення базового річного страхового тарифу на коригуючі коефіцієнти.
5. Конкретний розмір страхового тарифу та нормативних витрат на ведення справи встановлюється в Договорі страхування за згодою сторін.
6. Норматив витрат Страховика на ведення справи при страхуванні на підставі цих Правил визначений при розрахунках відповідних страхових тарифів згідно з Таблицею 1 у розмірі до 60% від величини страхового тарифу та вказується у Договорі страхування.

Прошито, пронумеровано та скріплено печаткою
17(сімнадцять) аркушів
Голова Правління

ПРАТ «УАСК»

О.П. Іщук



Зареєстровано Національною комісією, що здійснює державне регулювання у сфері ринків фінансових послуг (Розпорядження № 1500 від 23.06.2020)